

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMANFAATAN PELAYANAN DOKTER KELUARGA OLEH PESERTA ASKES DI KABUPATEN DAN KOTA MALANG TAHUN 2003

Sarwanto dan Solehah Catur Rahayu
Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan

ABSTRACT

The main objective of this research is to study the influencing factors of family physician health services utility by Askes participants. In this case the influencing factors of family physician health services utility are seen from : a) The character of family physician participants, b) The knowledge of participants about family physician, c) Family physician health services to participants, d) The facilities on the family physician practice place, e) Medicine, f) The availability to reach family physician practice place, and g) The expectation of family physician participants.

Source of the data to be used is from the research of "Perspectives on Utilizer Community for PT Askes Family Physician at Malang Municipality and District" by Solehah Catur Rahayu, et al with sample size $n = 206$. As an analysis unit is Askes participants utilizing health services on 13 family physicians at Malang municipality and district mentioned. Analysis method enclose descriptive statistics aimed to describe the character interested, and inferential statistics (logistics regression) to study the influencing factors to the utilizing of family physician health services.

Result of the study showed that out of 206 Askes participants interviewed, 189 participants have utilized family physician health services.. From the univariate logistics regression analysis out of 9 variables identified, only 7 variables that are significantly influenced to the utilization of family physician health services. By multivariate logistics regression analysis, out of 7 variables that are significantly influenced, only 2 variables influencing the utilization of family physician health services, namely $V_{41}(1)$ = family physician always to be, and V_{76} = got the explanation about family physician and family physician always to be.

In order to enhance the utility of family physician health services, this research recommended that in every time services: a) family physician must always to be, and b) the explanation of family physician must be conducted more and more to the participants in order to enhance their knowledge and understanding about family physician mentioned

Key words: family physician

PENDAHULUAN

Dokter keluarga adalah dokter praktek umum yang menyelenggarakan pelayanan primer yang komprehensif, kontinu, mengutamakan pencegahan, koordinatif, mempertimbangkan keluarga, komunitas dan lingkungannya dilandasi keterampilan dan keilmuan yang mapan (The American Academy of Family Physician, 1969; Geyman, 1971; Mc Whinney, 1981).

Dokter keluarga mempunyai peran yang strategis dalam penatalaksanaan pelayanan kesehatan. Adapun tujuan yang ingin dicapai adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan individu dan keluarga serta masyarakat yang bermutu namun terkendali biayanya, di mana hal ini tercermin dari tatalaksana pelayanan kesehatan yang diberikannya. Dalam skala kecil, tujuan tersebut untuk: a) mewujudkan keadaan sehat bagi setiap anggota keluarga, b) mewujudkan keluarga sehat sejahtera. Dalam skala besar, adalah untuk pemerataan pelayanan yang manusiawi, bermutu, efektif, efisien, dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia (Direktorat JPKM, Depkes RI, 2002).

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan bermutu tidak dapat ditunda lagi. Keberhasilan memecahkan persoalan kesehatan pun tidak semata-mata bergantung pada kecanggihan teknologi kedokteran atau keunggulan pengobatan. Banyak persoalan yang

dapat dipecahkan dengan pendekatan sosial dan kekeluargaan. Karena itulah kedokteran keluarga yang merupakan salah satu disiplin ilmu harus dimanfaatkan di garis terdepan.

Dalam perkembangannya sejak tahun 1977 di Malang Jawa Timur, dokter keluarga diharapkan mampu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara komprehensif dan keberadaannya sudah banyak dimanfaatkan oleh masyarakat peserta Askes (Solehah Catur Rahayu, 2000). Namun penelitian tentang faktor-faktor apa yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga tersebut belum banyak diungkap. Penelitian ini ingin mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga oleh peserta Askes, dengan harapan dapat memberi masukan kepada pengelola program pelayanan kesehatan dokter keluarga di masa yang akan datang.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini dilakukan dengan memanfaatkan data sekunder dari penelitian "Perspektif Masyarakat Pengguna Program Dokter Keluarga PT Askes di Kota dan Kabupaten Malang" oleh Solehah Catur Rahayu, dkk dengan jumlah sampel $n = 206$. Besarnya sampel ditentukan dengan rumus

$$n = \frac{z^2 \alpha pq}{d^2} \quad (\text{Lemeshow, Stanley, 1997})$$

di mana:

n = jumlah sampel

α = tingkat kemaknaan yang ditentukan = 0,05 menghasilkan nilai $Z = 1,96$

p = proporsi peserta Askes yang mengikuti program dokter keluarga = 0,15

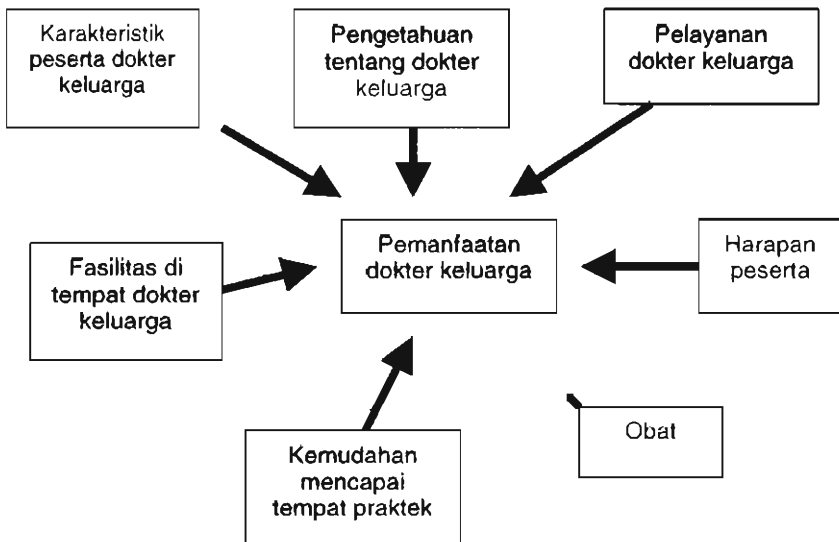
$q = 1 - p$

d = kesalahan yang bisa ditolerir = 0,05

Responden yang diwawancarai ditentukan secara acak proporsional (*proporsional random sampling*) berdasarkan jumlah peserta Askes yang

menjadi anggota dokter keluarga (seluruhnya ada 13 dokter keluarga). Variabel yang diteliti meliputi: a) Karakteristik peserta dokter keluarga, b) Pengetahuan peserta tentang dokter keluarga, c) Pelayanan kesehatan dokter keluarga kepada peserta, d) Fasilitas di tempat praktek dokter keluarga, e) Obat, f) Kemudahan mencapai tempat praktek, dan h) Harapan peserta dokter keluarga. Program regresi logistik digunakan dalam analisis ini untuk mencari faktor-faktor yang berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga kepada peserta Askes.

Kerangka konsep penelitian tersebut sebagai berikut:



HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Dari 206 peserta dokter keluarga yang diwawancarai, 37,4% berpendidikan SLTA, 31,6% PT, dan 31,1% sisanya berpendidikan SLTP ke bawah. Sebagai PNS, 40,3% mereka dari golongan II, 38,3% golongan III. Golongan IV hanya 8,7%, dan 12,6% lainnya golongan I. Penghasilan yang mereka terima, 34,5% antara Rp501.000,00–Rp750.000,00 per bulan, 24,3% antara Rp751.000,00–Rp1.000.000,00. Hanya 14,1% yang penghasilannya antara Rp1.000.001,00–Rp2.000.000,00, dan bahkan 3,9% saja yang penghasilannya di atas Rp2.000.000,00. Sebanyak 19,9% baru 1 tahun menjadi peserta dokter keluarga, 21,8% sudah 2 tahun dan 19,7% yang sudah menjadi peserta 3 tahun.

Pengetahuan tentang Dokter Keluarga

Menurut peserta, 58,3% pernah mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga. Penjelasan tersebut 34,5% berasal dari PT Askes, 6,8% dari dokter keluarga sendiri, dan 7,3% dari teman. Penjelasan yang diberikan meliputi cara pembayaran pelayanan, manfaat dokter keluarga, potongan gaji untuk Askes, dsb. Pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh dari dokter keluarga tersebut adalah pengobatan, pemeriksaan hamil, keluarga berencana, dan juga konsultasi masalah kesehatan.

Pelayanan Kesehatan kepada Peserta dari Dokter Keluarga

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dari dokter keluarga ini baru mencapai 91,7% dan mayoritas untuk pengobatan (90,8%). Mereka yang memanfaatkan pelayanan ini untuk konsultasi mencapai 59,2%. Dalam konsultasi tersebut 76,2% peserta merasa mendapatkan jawaban yang memuaskan. Dalam pelayanannya, 84% peserta mengatakan dokter keluarga selalu tersenyum. Hampir 35% peserta ditanya tentang keluarganya, dan penyakit yang dideritanya, dan 85% peserta merasa mendapatkan penuh perhatian dari dokter keluarga. Menurut 90,3% peserta, dokter keluarga melakukan pemeriksaan pasien dengan teliti, tidak tergesa-gesa, dan hampir 87% peserta mengatakan dalam pemeriksaan ini tidak diselingi kegiatan lain.

Hasil pemeriksaannya, 72% peserta yang memanfaatkan pelayanan dokter keluarga ini (pasien) diberitahu penyakitnya. Sebagai tindak lanjutnya, 40,3% pasien diberi penyuluhan tentang penyakitnya. Di samping itu, 76,7% pasien mendapatkan penjelasan frekuensi minum obat beserta waktunya sebelum atau sesudah makan. Bila dilihat dari hasil pengobatannya, 64,6% pasien langsung sembuh, 32,3% harus kembali, dan hanya 3,1% yang sembuhnya lama atau tidak sembuh. Mereka harus membayar Rp3.000,00 pada setiap kali pelayanan sebagai fee for service. Hal ini

tidak memberatkan pasien, karena menurut mereka sudah wajar dan ingin segera sembuh dari sakitnya.

Fasilitas di Tempat Praktek Dokter Keluarga

Di tempat praktek dokter keluarga, 94,2% peserta mengatakan ada ruang tunggu, ada tempat duduk, namun hanya 21,6% yang ada musik/televisinya, dan 6,2% saja yang ada koran/majalahnya. Kondisi ruang periksanya 98% tertutup rapat dan tidak ada orang lain ke luar masuk. Sebanyak 44,3% peserta mengatakan ada kamar kecil di tempat praktek tersebut, dan 72,7% kondisinya bersih. Untuk berobat, 94% pasien mengatakan harus antri sebanyak 6–10 orang. Pengaturan antrian, 36,6% dilakukan dengan cara pasien mendaftar dan dipanggil, dan ada sebanyak 29% pasien yang mengatakan dengan cara pasien ambil nomer.

Kelengkapan obatnya, hampir 95% pasien mengatakan obat resep selalu ada di apotik yang ditunjuk. Bila tidak ada, langkah yang diambil 60% pasien beli di apotik lain. Resep yang diberikan, sebanyak 73,2% untuk jangka waktu 3 hari, dan 16% untuk jangka waktu 4 hari. Dilihat dari khasiat obat yang diberikan, 84% pasien mengatakan manjur, dan 80,9% mereka tidak keberatan membayar obat dengan alasan 39,3% mengatakan lebih murah dan 6,8% karena ingin sembuh dari sakitnya.

Kemudahan Mencapai Tempat Praktek

Jarak dari rumah peserta sampai tempat praktek dokter keluarga sangat variatif sekali, berkisar antara 10 m sampai 10 km. Ada 12,2% yang jaraknya 0,5 km sementara 15,6% lainnya berjarak 1 km, dan sebanyak 18,5% yang jaraknya 2 km. Secara rata-rata jarak dari rumah peserta sampai tempat praktek dokter keluarga 1,73 km. Jarak tersebut 45,1% peserta mengatakan ditempuh dengan kendaraan umum, dan bahkan 24,3% mereka cukup jalan kaki. Rata-rata biaya dari rumah ke tempat praktek ini Rp549,00 dengan lama perjalanan 14 menit, sedangkan lama pelayanannya rata-rata 15 menit. Dari tempat praktek dokter keluarga ke apotik, rata-rata jaraknya 0,72 km dan biaya transport yang dikeluarkan rata-rata Rp375,00 dengan lama perjalanan 7 menit, sedangkan lama pelayanan di apotik rata-rata 12 menit. Adapun jarak rata-rata dari apotik ke rumah peserta hampir 2 km, dengan lama perjalanan rata-rata 14,7 menit dan biaya transportnya Rp611,00.

Harapan Peserta

Dengan kenyataan yang hanya 44,3% di tempat praktek dokter keluarga ada kamar kecil, sebanyak 10,8% peserta masih mengharapkan adanya kamar kecil dan kamar mandi serta musholanya. Di lain pihak, ada sebanyak 15,5% dari peserta yang menyatakan fasilitas di

tempat praktek dokter keluarga sudah bagus, bahkan hampir 36% dari mereka tidak punya harapan yang lebih baik lagi dari kondisi yang mereka jumpai.

Dalam hal kecocokan jenis kelamin dokter keluarga ini dalam pelayanan kepada peserta, 54% peserta mengatakan sama saja untuk laki-laki maupun perempuan, dengan alasan sama dokternya, dan yang penting pelayanannya. Dilihat dari umurnya, peserta 51% cenderung memilih dokter keluarga yang tidak terlalu tua dan tidak terlalu muda (dari hasil wawancara didapatkan berumur 36 tahun ke atas, dengan alasan lebih berpengalaman). Sedangkan status perkawinannya, hampir 75% peserta cenderung mengharapkan dokter keluarga yang sudah kawin, dengan alasan sudah tahu tentang keluarga (22,3%), tanggung jawab (15%), dan lebih dewasa (10,7%).

REGRESI LOGISTIK

Beberapa faktor (variabel) yang diperkirakan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga, antara lain: 1) pendidikan, 2) penghasilan, 3) penjelasan tentang dokter keluarga, 4) konsultasi, 5) dokter keluarga selalu ada, 6) ada musik/televisi di tempat praktek dokter keluarga, 7) biaya dari rumah ke dokter keluarga, 8) jarak dari dokter keluarga ke apotik, dan 9) biaya dari apotik ke rumah.

Untuk menentukan variabel yang penting untuk dimasukkan ke dalam

model regresi logistik multivariat (ganda), dibutuhkan penyaringan awal dengan analisis univariat (Bhisma Murti, 1995). Hasil analisis univariat variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga (dengan kategori memanfaatkan dan tidak memanfaatkan) dengan variabel-variabel tersebut di atas (1 s/d 9) dapat dilihat sebagai berikut ini.

Hasil analisis univariat variabel pemanfaatan pelayanan dokter keluarga berturut-turut dengan variabel prediktor: pendidikan, penghasilan, penjelasan tentang dokter keluarga, konsultasi, dokter keluarga selalu ada, ada musik/televisi di tempat praktek dokter keluarga, biaya dari rumah ke dokter keluarga, jarak dari dokter keluarga ke apotik, biaya dari apotik ke rumah tampak pada tabel 1.

Pada analisis univariat di Tabel 1 tampak bahwa variabel prediktor secara individual sangat bermakna, di mana nilai p yang didapatkan lebih kecil dari kriteria tingkat kemaknaan yang digunakan, yakni $< 0,15$ (kecuali Var 2 dan Var 4). Oleh karenanya semua variabel prediktor tersebut dimasukkan ke dalam model regresi logistik multivariat, dengan hasil sebagai berikut:

Hasil analisis regresi logistik multivariat variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga dengan variabel prediktor var 7, var 11e, var 41, var 48b, var 63c, var 63f, var 63m tersebut pada Tabel 2.

Dari hasil analisis regresi logistik multivariat tadi didapatkan bahwa variabel-variabel yang berpengaruh

Tabel 1: Hasil Analisis Univariat

Varlabel	B	SE	Wald	df	Signif (p)	Exp (B)
Var 2	constant					
Var 4	constant					
Var 7	-1,025	0,529	3,755	1	0,053	0,359
Var 11e	-0,958	0,524	3,345	1	0,067	0,384
Var 41	-4,660	0,732	40,559	1	0,000	0,009
Var 48b	-3,597	0,502	5,734	1	0,017	0,027
Var 63c	0,001	0,000	4,749	1	0,029	1,001
Var 63f	-1,180	0,611	3,730	1	0,053	0,307
Var 63m	0,001	0,000	4,916	1	0,027	1,001

Keterangan:

Var 2 = pendidikan

Var 41 = dokter keluarga selalu ada

Var 4 = penghasilan

Var 48b = ada musik/tv di tempat praktek dokter

Var 7 = penjelasan tentang dokter

Var 63c = biaya dari rumah ke dokter

Var 11e = konsultasi

Var 63f = jarak dari dokter ke apotik

Var 63m = biaya dari apotik ke rumah

Tabel 2: Hasil Analisis Regresi Logistik Multivariat

Variabel		B	SE	Wald	df	Signlf (p)	Exp (B)
Step	Var 41 (1)	−4,660	0,732	40,559	1	0,000	0,009
1 ^a	Constant	0,560	0,443	1,594	1	0,207	1,750
Step	Var 7 (1)	−1,465	0,780	3,527	1	0,000	0,231
2 ^b	Var 41 (1)	−4,852	0,797	37,036	1	0,000	0,008
	Constant	−1,368	0,667	4,204	1	0,040	3,927

Keterangan:

a. Variable(s) entered on step 1 : Var 41

b. Variable(s) entered on step 2 : Var 7

Var 41(1) = ya, dokter keluarga (dokter) selalu ada

Var 7(1) = ya, mendapatkan penjelasan tentang dokter

terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga secara bersama-sama adalah: 1) dokter keluarga

selalu ada, 2) peserta mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga (masing-masing dengan $p < 0,15$).

Kemungkinan Adanya Interaksi

Setelah memperoleh variabel-variabel prediktor penting yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga, dicari kemungkinan interaksi antar variabel-variabelnya. Salah satu variabel yang secara logika berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga ini adalah Var 11e (konsultasi), yang pada kenyataannya tidak termasuk dalam model regresi logistik multivariat, dicoba untuk mendefinisikan variabel interaksi.

Seandainya Var 76 merupakan interaksi

Var 7 dan Var 41

Var 77 merupakan interaksi

Var 7 dan Var 11e

Var 78 merupakan interaksi

Var 11e dan Var 41

Dengan analisis univariat variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga berturut-turut dengan variabel-variabel interaksi tersebut, didapatkan hasil pada Tabel 3.

Ternyata semua variabel interaksi tersebut berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga, masing-masing dengan p yang lebih kecil dari kriteria tingkat kemaknaan yang ditentukan, yaitu $< 0,15$. Dengan

demikian semua variabel interaksi tersebut bisa dimasukkan ke dalam model regresi logistik multivariat.

Hasil analisis regresi logistik multivariat variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga dengan variabel prediktor dan variabel-variabel interaksinya pada Tabel 4.

Dari analisis tersebut akhirnya didapatkan model yang lebih lengkap, artinya menggunakan variabel prediktor dan interaksinya. Variabel-variabel yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga adalah: a) dokter keluarga selalu ada, dan b) mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga sekaligus dokter keluarga selalu ada.

PEMBAHASAN

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dari dokter keluarga ini baru mencapai 91,7% dan mayoritas untuk pengobatan. Dokter keluarga lebih banyak dimanfaatkan oleh peserta Askes golongan II daripada mereka yang golongan III, maupun golongan lainnya. Pengguna pelayanan kesehatan pada dokter keluarga dari golongan II ini kebanyakan dari mereka yang berpenghasilan Rp750.000,00 ke bawah

Tabel 3: Hasil dari Analisis Univariat

Variabel	B	SE	Wald	df	Signlf (p)	Exp (B)
Var 76	2,020	0,377	28,770	1	0,000	7,542
Var 77	0,511	0,233	5,261	1	0,022	1,666
Var 78	1,606	0,315	26,010	1	0,000	4,981

Tabel 4: Hasil Analisis Regresi Logistik Multivariate

	Variabel	B	SE	Wald	df	Signif (p)	Exp (B)
Step	Var 41 (1)	-4,660	0,732	40,559	1	0,000	0,009
1 ^a	Constant	0,560	0,443	1,594	1	0,207	1,750
Step	Var 41 (1)	-3,464	0,916	14,303	1	0,000	0,031
2 ^b	Var 76	0,879	0,461	3,630	1	0,067	2,406
	Constant	-1,964	1,350	2,115	1	0,146	0,140

Keterangan:

a. Variable(s) entered on step 1 : Var 41

b. Variable(s) entered on step 2 : Var 76

Var 41(1) = ya, dokter keluarga selalu ada

Var 7(1) = ya, mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga sekaligus dokter keluarga selalu ada

setiap bulannya. Untuk setiap kali berobat ke dokter keluarga dikenakan biaya Rp3.000,00 sebagai fee for service, dan hasil pengobatannya hampir 65% langsung sembuh.

Untuk memperluas jangkauan pelayanan, penjelasan mengenai dokter keluarga perlu lebih disosialisasikan ke masyarakat, tidak hanya kepada peserta Askes saja. Sedangkan penjelasan tentang dokter keluarga kepada peserta Askes ini pun masih kurang dari 60%. Di lain pihak, kebutuhan masyarakat akan pelayanan bermutu dan manusiawi tidak dapat ditunda lagi.

Dengan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya preventif dan promotif, dokter keluarga berperan penting mengatasi tingginya biaya kesehatan. Untuk mengendalikan biaya serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, pemerintah menggalakkan JPKM. Untuk itu diperlukan pelayanan kesehatan primer yang komunikatif dan

proaktif, di mana peran ini diharapkan bisa dilaksanakan dokter keluarga dengan cara kapitasi. Menurut penilaian Soedjoko (1999), kapitasi belum dapat dijalankan dokter keluarga karena mereka belum mampu menanggung risiko. Perilaku dokter masih dipengaruhi sistem fee for service, perusahaan farmasi, senior, spesialis, serta belum bisa mengalokasikan sumber daya.

Penelitian ini dilakukan pada peserta Askes di Kota dan Kabupaten Malang. Sejalan dengan pendapat Loedin (1982), yang mengatakan bahwa sistem dokter keluarga hanya mungkin dilaksanakan di daerah perkotaan, khususnya bagi keluarga yang mampu membayar iuran kepada dokternya dan membeli obatnya di apotik. Meskipun di daerah perkotaan juga terdapat puskesmas, tetapi biasanya terdapat golongan masyarakat yang merasa segan untuk berobat di Puskesmas. Untuk golongan penduduk inilah sistem dokter keluarga sangat

tepat. Dalam penelitian ini peserta Askes juga merasa tidak keberatan untuk membayar biaya pelayanan sebesar Rp3.000,00 dan bahkan lebih murah daripada pelayanan kesehatan di tempat lain. Tetapi menurut Bahal Siregar (1988), H. Aslim D Sitohang mengatakan bahwa penerapan dokter keluarga di Indonesia mungkin membutuhkan waktu dan hal ini tidak mudah. Untuk meliput satu keluarga atau sekelompok masyarakat di negara maju memakai health insurance, sedangkan di Indonesia yang telah dijalankan pemerintah melalui Askes hanya berlaku pada pegawai negeri. Sedangkan dokter keluarga tersebut menangani semuanya, perduli apakah pegawai negeri atau swasta.

Dikatakannya bahwa sebanyak 80% penduduk Indonesia bukan pegawai negeri dan kebanyakan tinggal di pedesaan. Dalam kondisi seperti ini sebetulnya sangat diharapkan peranan dokter itu. Masih banyak masyarakat di pedesaan ini sakit dahulu, baru pergi berobat. Terkecuali yang tinggal di kota kesadaran akan usaha preventif sudah banyak yang menyadarinya, artinya biaya pencegahan kesehatan lebih murah dibandingkan biaya pengobatan sesudah sakit. Secara tidak langsung sebenarnya dokter yang tinggal di pedesaan sudah banyak menjalankan fungsi dokter keluarga, walaupun mereka tidak menamakan dirinya sebagai dokter keluarga. Hanya mereka perlu mendapatkan semacam petunjuk dari Kelompok Studi Dokter Keluarga (KSDK)

sebagai pedomannya, baik secara organisatoris, manajemen, dsb. sehingga dokter di Puskesmas itu mendalami dan mengamalkan fungsi dokter keluarga di pedesaan, dan dokter tersebut sudah menjadi bagian dari keluarga masyarakat pedesaan.

Dari analisis regresi logistik univariat, mereka yang mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga mempunyai risiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga 0,359 kali (lebih kecil) daripada mereka yang tidak mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga, tanpa mengontrol pengaruh variabel-variabel luar lainnya. Oleh karena itu penjelasan tentang dokter keluarga ini sebaiknya dilakukan sesering mungkin, baik kepada peserta Askes maupun masyarakat lainnya yang bukan peserta Askes. Sedangkan mereka yang mengatakan dokter keluarga selalu ada, mempunyai risiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga 0,009 kali (lebih kecil) dibandingkan mereka yang mengatakan dokter keluarga tidak selalu ada, tanpa mengontrol variabel-variabel luar lainnya.

Dalam analisis regresi logistik multivariat, variabel-variabel prediktornya yang secara bersama-sama mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga adalah Var 41(1) = ya, dokter keluarga selalu ada dan Var 76 = ya, mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga sekaligus dokter keluarga selalu ada. Di sini mereka yang mengatakan dokter keluarga selalu ada,

mempunyai risiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga sebesar 0,031 kali (lebih kecil) dibandingkan mereka yang mengatakan dokter keluarga tidak selalu ada. Bersamaan ini pula, mereka yang mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga dan sekaligus mengatakan dokter keluarga selalu ada, mempunyai risiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga 2,4 kali (lebih besar) dibandingkan mereka yang tidak pernah mendapatkan penjelasan tentang dokter keluarga dan mengatakan dokternya tidak selalu ada.

Dengan kenyataan bahwa 72% pasien yang diperiksa diberi tahu tentang penyakitnya (meskipun ditindak lanjuti dengan penyuluhan tentang penyakitnya tadi), ada kemungkinan risiko tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga yang menjadi 2,4 kali (lebih besar) karena pasien takut atau stress dengan pemberitahuan tentang penyakitnya tadi.

SIMPULAN

Dari hasil dan pembahasan penelitian tersebut, dapat disimpulkan hal-hal sbb:

1. Belum semua peserta Askes memanfaatkan pelayanan kesehatan dokter keluarga, baru mencapai 91,7%. Pelayanan tersebut dimanfaatkan untuk pengobatan yang pada umumnya peserta Askes golongan II dengan penghasilan Rp750.000,00 ke bawah setiap bulannya
2. Penjelasan mengenai dokter keluarga kepada peserta Askes, perlu lebih disosialisasikan lagi mengingat masih kurang dari 60% peserta yang mendapatkannya, tidak termasuk peserta lainnya yang bukan peserta Askes. Hal ini penting karena dokter keluarga harus melayani semua, peduli apakah pegawai negeri atau swasta, di mana 80% penduduk adalah bukan pegawai negeri dan tinggal di pedesaan.
3. Obat selalu ada di apotik yang ditunjuk. Khasiat obatnya manjur, hasil pengobatan kepada peserta Askes menunjukkan hampir 65% langsung sembuh.
4. Peserta Askes harus membayar Rp3.000,00 sebagai fee for service pada dokter keluarga. Mereka tidak keberatan, karena sudah wajar dan bahkan lebih murah dibandingkan dengan pelayanan kesehatan lain.
5. Sistem kapitasi untuk pelayanan kesehatan dokter keluarga belum berjalan karena dokter keluarga belum berani menanggung risiko. Perilaku dokter masih dipengaruhi sistem fee for service, perusahaan farmasi, senior maupun spesialis, serta belum bisa mengalokasikan sumber daya.
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga adalah:
 - a. Penjelasan tentang dokter keluarga kepada peserta (**variabel dari faktor pengetahuan tentang dokter keluarga**)

- b. Penjelasan tentang dokter keluarga sekaligus dokter keluarga harus selalu ada pada setiap kali memberikan pelayanan (variabel interaksi dari faktor pengetahuan tentang dokter keluarga dan faktor pelayanan dokter keluarga)

SARAN/REKOMENDASI

Dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dokter keluarga oleh peserta Askes selama ini, diharapkan bisa meningkat lagi untuk peserta lainnya yang bukan Askes di masyarakat, mengingat sebagian besar masyarakat Indonesia bukan PNS. Penjelasan tentang dokter keluarga harus lebih banyak disosialisasikan ke masyarakat, yaitu peningkatan pengetahuan peserta Askes khususnya tentang dokter keluarga dan pada setiap kali pelayanan, dokter keluarga harus selalu ada di tempat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonym, 1982. Prof. Dr. Agustinus Alexander Loedin, Tokoh Kita Bulan Ini, Majalah *Dokter Keluarga* Vol. 1, No. 8, Pebruari 1982: 423
- Kuswadi, Sudjoko, 1994. Pendidikan Dokter Keluarga, Pokjatap Pembinaan Dokter Keluarga dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, *Jurnal Dokter Keluarga Indonesia II* (2) April 1994: 25-31
- Kuswadi, Sudjoko, 1999. Kapitasi dan Dokter Keluarga, *Yahoo Groups: Dokter Indonesia Messages: Message 46 of 1923*
- Lemeshow, Stanley David W Hosmer Jr; Janelle Klar; Stephen K Lwanga, 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Murti, Bhisma, 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Rahayu, Solehah Catur, Pranata Setia; Suhardono, 2000. *Perspektif Masyarakat Pengguna Program Dokter Keluarga PT Askes di Kota dan Kabupaten Malang*, Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan, Surabaya.
- Siregar, Bahat, 1988. H. Aslim D Sihotang, Tokoh Bulan Ini, *Majalah Dokter Keluarga* Vol. 8, No. 1, Desember 1988: 57-59